



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



**SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN
DEL COMITÉ EJECUTIVO**

30.^a sesión, 30 y 31 de marzo de 1998

SPP30/FR (Esp.)
31 marzo 1998
ORIGINAL: ESPAÑOL

INFORME FINAL

SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO, 30a: INFORME FINAL

CONTENIDO

	Página
<i>MESA DIRECTIVA</i>	4
<i>APERTURA DE LA SESIÓN</i>	4
<i>ADOPCIÓN DEL ORDEN DEL DÍA Y DEL PROGRAMA DE REUNIONES</i> <i>(documentos SPP30/1, Rev. 1 y SPP30/WP1)</i>	5
<i>PRESENTACIÓN Y DEBATE DE LOS TEMAS</i>	5
<i>Población y salud reproductiva (documento SPP30/8)</i>	5
<i>Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio 2000-2001 (documento SPP30/10)</i>	8
<i>Mitigación de desastres en las instalaciones de salud (documento SPP30/6)</i>	13
<i>Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002 (documento SPP30/3 y Corrig. I)</i>	15
<i>Cambio climático y enfermedades infecciosas: consecuencias del fenómeno El Niño (documento SPP30/5)</i>	21
<i>La cooperación técnica entre países: panamericanismo en el siglo XXI (documento SPP30/4)</i>	23
<i>Bioética (documento SPP30/7)</i>	27
<i>Programa de Publicaciones de la OPS (documento SPP30/9)</i>	30
<i>Otros asuntos</i>	32
<i>CLAUSURA DE LA SESIÓN</i>	32
<i>Anexo A.: ORDEN DEL DÍA</i>	34
<i>Anexo B.: LISTA DE DOCUMENTOS</i>	35
<i>Anexo C.: LISTA DE PARTICIPANTES</i>	36

INFORME FINAL

La 30.^a Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud en Washington, D.C., los días 30 y 31 de marzo de 1998.

La sesión contó con la asistencia de los delegados de los siguientes Miembros del Subcomité elegidos por el Comité Ejecutivo o designados por el Director: Argentina, Bahamas, Canadá, Ecuador, Estados Unidos de América, Panamá y Perú. También estuvieron presentes observadores por Antigua y Barbuda, Bolivia, Chile, Cuba y México.

MSA DIRECTIVA

Los Miembros elegidos por el Subcomité para formar la Mesa Directiva en su 29.^a Sesión, en diciembre de 1997, siguieron ocupando sus cargos respectivos:

Presidente: Bahamas Dra. Merceline Dahl-Regis

Vicepresidente: Ecuador Dr. Rafael A. Veintimilla

Relator: Perú Dr. Pablo Augusto Meloni

El Dr. George A. O. Alleyne (Director de la OPS) fue Secretario ex officio, y el Dr. Juan Manuel Sotelo (Jefe de la Oficina de Análisis y Planificación Estratégica) actuó como Secretario Técnico.

APERTURA DE LA SESIÓN

La Presidenta inauguró la sesión y dio la bienvenida a los participantes. El Director también dio la bienvenida a los participantes y, en beneficio de los recién incorporados al Subcomité, hizo un recuento de la historia y finalidades de este, señalando que proporcionaba un entorno relativamente informal a los Estados Miembros para tratar asuntos de política y programáticos y aportar retroalimentación valiosa para las reuniones futuras de los Cuerpos Directivos. Alentó a todos los miembros y observadores a que expresaran sus puntos de vista durante el examen de los documentos y las ponencias. También alentó a los participantes a que consideraran los documentos presentados al Subcomité como obras en curso, que se someterían a modificaciones basándose en las observaciones de dicho órgano. Finalmente, señaló que, como se había indicado en las reuniones anteriores del Subcomité, algunos documentos se presentaban solo para fines de información y no era necesario remitirlos a los Cuerpos Directivos.

ADOPCIÓN DEL ORDEN DEL DÍA Y DEL PROGRAMA DE REUNIONES (documentos SPP30/1, Rev. 1 y SPP30/WP1)

En conformidad con el Artículo 2 de su Reglamento Interno, el Subcomité adoptó el orden del día provisional preparado por el Director y el programa de reuniones.

PRESENTACIÓN Y DEBATE DE LOS TEMAS

Población y salud reproductiva (documento SPP30/8)

La Sra. Carol Collado (Coordinadora Interina, Programa de Salud de la Familia y Población) examinó el desarrollo del concepto de la salud reproductiva y los adelantos logrados en esta área, y luego pasó a describir las actividades de la OPS para promover la salud reproductiva en la Región. La funcionaria señaló que el término “salud reproductiva” originalmente se había usado para designar los servicios de planificación de la familia, haciendo hincapié en el aspecto de población. Sin embargo, en conformidad con la definición ampliada actual —formulada en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en 1994 y basada en la definición de salud de la OMS—, la salud reproductiva se concebía como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. Por lo tanto, la salud reproductiva es un proceso de toda la vida y parte integrante del desarrollo humano, y el foco de interés de las actividades en materia de salud reproductiva se había alejado del nivel de población para concentrarse más en el individuo y la defensa de los derechos humanos y la libre determinación de cada persona.

Este concepto ampliado requería nuevos enfoques por parte de la OPS y los Estados Miembros para promover y mejorar la salud reproductiva de los pueblos de la Región. La planificación de salud reproductiva debe incorporar un enfoque multisectorial, incluir actividades a lo largo del ciclo de vida y considerar los planos individual, familiar, comunitario y de población. Un conjunto de servicios integrados de salud reproductiva debía incluir educación sexual y orientación; actividades de maternidad sin riesgo; control de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el cáncer cervicouterino; atención de las complicaciones de los abortos practicados en condiciones de riesgo, reconociendo que constituyen un grave problema de salud pública; una perspectiva de género, incluida la atención de las necesidades de los hombres en materia de salud reproductiva; planificación de la familia y orientación; y atención de otras necesidades en materia de salud relacionadas con la reproducción.

El marco para las actividades de la OPS con relación a la salud reproductiva lo proporcionaban las diversas políticas y planes de acción en materia de población, salud reproductiva, planificación de la familia y mortalidad materna adoptados en el último decenio por los Cuerpos Directivos. Además, la Organización tenía el mandato de apoyar y promover las decisiones internacionales adoptadas en conferencias tales como la CIPD, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, y otras. El punto de vista global que la OPS tiene de la Región y su relación con los países y sus instituciones, la sitúan en una posición ideal para servir de catalizador y ayudar a los países a lograr una visión integrada de la salud reproductiva que promueva la calidad de vida y el desarrollo sostenible. Los resultados que la OPS esperaba lograr mediante los esfuerzos concertados para mejorar la salud reproductiva en los países incluían políticas más claras y pautas legislativas; modelos de atención de salud que ofrecieran calidad, atención apropiada, acceso a los grupos subatendidos y servicios fáciles de usar; reducción de los índices de los problemas de salud prevalentes; y una población más sana, mejor informada y con más poder de decisión.

El documento examinado contenía un conjunto de recomendaciones para la acción en los países encaminadas a promover la salud reproductiva y mejorar los servicios de salud reproductiva. Se pidió al Subcomité que formulara sus comentarios acerca de las recomendaciones y el documento en su totalidad, y que sugiriese posibles formas de mejorarlo.

El Subcomité estuvo de acuerdo en que el documento presentaba una descripción exacta y completa de los principales factores que influían en la salud reproductiva, y apoyó los resultados que la OPS esperaba lograr. Sin embargo, consideró que el documento debería contener información más específica sobre cómo pretende la Organización poner en práctica las ideas esbozadas en el documento y cómo serviría de catalizador para la acción en los países. Varios delegados dijeron que una función clave de la OPS era difundir la información sobre los modelos de atención de la salud reproductiva que se apliquen en los países, tanto los que tengan éxito como los que fracasen, para permitir a los países aprender de esas experiencias y adaptar satisfactoriamente los modelos a sus propias necesidades. Se sugirió que en la próxima versión del documento podrían incluirse estudios de casos de los modelos y mejores prácticas.

Diversos delegados recalcaron que la OPS debía procurar fortalecer y apoyar a los programas nacionales de salud reproductiva para que alcanzaran los objetivos que ellos mismos habían establecido. Se subrayó la necesidad de respetar los valores culturales y las leyes vigentes en los países. Con respecto a las leyes, se señaló que era difícil legislar en materia de derechos y prácticas de salud reproductiva, y se sugirió que quizá fuese mejor, en las recomendaciones y los resultados previstos, omitir o cambiar las referencias a los instrumentos legislativos y las normas.

Se aplaudió el enfoque multisectorial propugnado en el documento, así como la insistencia en prestar servicios apropiados de salud reproductiva a los hombres y los niños. Se señaló que el cáncer cervicouterino era un problema de salud reproductiva cada vez más importante en la subregión del Caribe y se sugirió que esta enfermedad fuese incluida entre los problemas tratados en el documento. También se consideró que el documento debía dar más relieve a la calidad de la atención en los servicios de salud reproductiva y al monitoreo de la calidad y la elaboración de instrumentos para permitir que los países detectaran oportunamente los problemas. Se hicieron preguntas en lo referente a la colaboración de la OPS con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y la participación de la Organización en el examen quinquenal que había emprendido la Comisión de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas como seguimiento de la CIPD.

La Sra. Collado estuvo de acuerdo con la sugerencia de clarificar la sección del documento que trata de la función de la OPS y describir sus actividades en términos más concretos. También, dijo, era importante distribuir información sobre las experiencias infructuosas para permitir que otros países aprendieran de ellas y utilizaran los recursos más eficazmente. La Organización estaba empeñada en facilitar la acción en los países, y una de las formas en que lo hacía era mediante la difusión de las experiencias fructíferas. También concordó en que la calidad era un buen acicate para movilizar a todos los actores que intervienen en la salud reproductiva, y citó los resultados de un proyecto conjunto de la OPS/FNUAP que había examinado la calidad de la asistencia en las instituciones de atención de la salud reproductiva. En un hospital de maternidad, se comprobó que la tasa de uso del hospital se había duplicado como resultado del mejoramiento en la calidad de la atención y la coordinación con

diferentes entidades de la comunidad. La OPS estaba difundiendo información sobre esa experiencia a otros países, que quizá podrían adaptarla a su propia situación.

En respuesta a las preguntas sobre la colaboración de la OPS con el FNUAP, la funcionaria dijo que la Organización estaba trabajando con dicho organismo en proyectos regionales y de país sobre la calidad de la atención, la educación de los profesionales de la salud en salud reproductiva, la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y otras áreas. La próxima versión del documento contendría más información sobre las iniciativas conjuntas con otros organismos. En lo que se refiere al seguimiento quinquenal de la CIPD, la Secretaría, por conducto de la OMS, había aportado alguna información para los documentos que se estaban preparando y recibiría con beneplácito la oportunidad de participar más en ese proceso. En cuanto a los comentarios relacionados con el cáncer cervicouterino, la Sra. Collado dijo que, al revisar el documento, el Programa tendría en cuenta la sugerencia de que esta enfermedad se incluyese entre los problemas y los indicadores de salud reproductiva; también señaló que el Programa de Salud de la Familia y Población estaba colaborando estrechamente con la unidad de la OPS que estaba elaborando un plan de acción contra el cáncer cervicouterino.

El Director señaló que la salud reproductiva era un tema muy amplio, hasta tal punto que a veces parecía abarcar prácticamente todos los aspectos de la vida. La Secretaría había intentado tocar sólo los temas pertinentes al área de la salud reproductiva en sí misma y que estuvieran dentro de la esfera de acción de la Organización, como la definen los Cuerpos Directivos. De lo contrario, sería imposible actuar eficazmente o elaborar indicadores para reflejar los adelantos logrados. La cooperación técnica de la OPS en esta área dependía de las prioridades y los objetivos determinados por los países y de las normas culturales y prácticas de estos. La Organización nunca participaría en ninguna iniciativa que no respetase la cultura y las tradiciones de cada país. De igual manera, no trataba de influir en las leyes nacionales; la función de la OPS a este respecto se limitaba a proporcionar modelos legislativos e información acerca de las leyes sobre la salud reproductiva existentes en los países, a fin de que los legisladores nacionales los estudien y adapten a sus propias finalidades.

La Secretaría consideraba que los puntos fuertes de la cooperación técnica de la OPS en esta área eran su capacidad de promoción de la causa para abordar problemas concretos en determinados países, la movilización de recursos a nivel tanto internacional como nacional y el apoyo al adiestramiento y la investigación. En la versión revisada del documento la Secretaría trataría de ser más específica en cuanto a las mejores prácticas y los modelos fructíferos de atención de la salud reproductiva y las áreas prioritarias para la acción regional.

Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio 2000-2001 (documento SPP30/10)

El Sr. Michael Usnick (Jefe de Presupuesto) presentó este tema. Recordó al Subcomité que el documento contenía únicamente el proyecto de presupuesto correspondiente a la parte aportada por la OMS al presupuesto por programas de la Región de las Américas para el ejercicio 2000-2001. El presupuesto combinado de la OPS y la OMS para dicho ejercicio se presentaría a los Cuerpos Directivos en 1999. Las instrucciones del Director General de la OMS eran que en general no hubiese crecimiento de los programas y que los proyectos de presupuesto

regionales se presentasen sin aumentos de costos obligatorios o inflacionarios con respecto al presupuesto por programas correspondiente a 1998-1999. En consecuencia, la asignación propuesta para las Américas era de US\$ 82.686.000.

El Sr. Usnick también señaló a la atención del Subcomité la resolución EB101.R10, adoptada por el Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 1998, destacando que, si esta resolución era adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1998, podría afectar significativamente la asignación de los presupuestos regionales. La resolución pretendía establecer criterios más objetivos y equitativos para establecer las asignaciones, que anteriormente se venían fijando sobre la base de los antecedentes y la práctica anterior. Un grupo de expertos había elaborado dos modelos para reasignar los presupuestos regionales. El modelo aprobado por el Consejo utilizaría el índice de desarrollo humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, ajustado para el número de habitantes y, quizá, el nivel de la cobertura de vacunación. La aplicación de este criterio daría lugar a reducciones considerables en la asignación de presupuestos de la OMS a varias regiones, con lo cual se podría redistribuir una proporción más grande de los fondos a África y Europa oriental, donde las condiciones socioeconómicas se habían deteriorado notablemente en el último decenio. La asignación para las Américas disminuiría 19,6%, o sea \$16,2 millones para el ejercicio 2000-2001. La reducción sería aun mayor para algunas otras regiones (casi 50% en el caso del Asia Sudoriental).

Aun cuando la Secretaría apoyaba el principio de la equidad y de dar mayor apoyo a los países más necesitados, le preocupaba que la resolución solo pedía la reasignación de los presupuestos regionales; no se vería afectado el presupuesto de la sede de la OMS. Si la Sede fuera a participar en el ajuste, reduciendo su presupuesto en 12,5%, o sea \$35 millones, la repercusión sobre las regiones sería mucho menor (13,1% frente a 19,6% para las Américas), y no se afectaría el presupuesto total de la OMS.

El Director sugirió que el debate del Subcomité se centrara principalmente en el método de reasignación del presupuesto según la resolución EB101.R10, habida cuenta de que ya se había fijado el proyecto de presupuesto regional y, por tanto, había poco que discutir hasta 1999, cuando se presentaría el presupuesto combinado. En cuanto a las reasignaciones propuestas, señaló que, si bien todos estaban de acuerdo en que se precisaba un cambio para lograr que las asignaciones del presupuesto de la OMS fuesen más equitativas y de que se necesitaba prestar más atención a África, había inconformidad acerca de cómo debía realizarse la reasignación. La Secretaría de la OPS tenía tres objeciones principales al método propuesto por el grupo de expertos de la OMS, a saber: daría lugar a recortes presupuestarios drásticos en algunas regiones; la sede de la OMS no participaría en la reducción; y, a criterio de la Secretaría, el modelo de reasignación basado en el IDH era imperfecto.

En el debate subsiguiente, la mayoría de los delegados estuvieron de acuerdo en que el método de reasignación era injusto. Aunque todos los delegados estuvieron de acuerdo en la necesidad de una distribución más equitativa del presupuesto, varios observaron que la reasignación propuesta por el Consejo Ejecutivo parecía castigar a las regiones que habían logrado los mayores adelantos en el mejoramiento de la situación sanitaria. Además, se señaló que las cifras regionales tendían a ocultar las diferencias entre los países y que las condiciones en algunos países de las Américas era similares a las de algunos países africanos. Se sugirió que el

criterio regional quizá no fuese el más apropiado para la reasignación porque no consideraba las extraordinarias disparidades e inequidades que existían dentro de las regiones, especialmente la de las Américas. También se propuso que la OPS debía examinar otros criterios y posiblemente preparar una propuesta alternativa.

Un delegado recalcó la necesidad de tener en cuenta todos los recursos disponibles para la cooperación técnica en el área de la salud, incluidos los recursos extrapresupuestarios y bilaterales, y concentrarse en hacer el uso más eficaz posible de los recursos escasos. Señaló que el debate suscitado por la resolución EB101R.10 en el seno de la OMS y la OPS no debe considerarse como una competición por los recursos, sino como una oportunidad de reexaminar la cooperación internacional y la forma como se asignaban los recursos correspondientes. Otro delegado señaló que todos los miembros del Consejo Ejecutivo pertenecientes a la Región de las Américas habían votado a favor de la resolución. Expresó la inquietud de que si el método de reasignación no fuese aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud, se perdería la oportunidad de lograr reformas significativas de la OMS —que todos consideraban necesarias— hasta el bienio 2003-2004. También señaló que la resolución daba un cierto grado de flexibilidad, que permitiría modificar la fórmula y remediar las anomalías, en particular la reducción propuesta de 48% en la asignación para Asia Sudoriental. Otros delegados respondieron que la decisión de votar en favor de la resolución se había tomado después de un largo debate del Consejo Ejecutivo y había sido el resultado más bien de la necesidad de concluir el debate que de la convicción de que la fórmula propuesta constituía la mejor manera de reasignar los recursos.

El Delegado de los Estados Unidos de América dijo que, al igual que en el bienio 1998-1999, su Gobierno nuevamente se opondría a cualquier aumento de los presupuestos tanto de la OMS como de la OPS y, en realidad, se afanaría por lograr reducciones que facilitasen a muchos Estados Miembros, incluido el propio, a cumplir con sus obligaciones de pago de cuotas. También solicitó más información sobre la forma como la Secretaría pretendía distribuir los fondos entre los programas y cuáles programas recibirían prioridad considerando las reasignaciones propuestas a las regiones.

El Sr. Usnick dijo que la Secretaría no estaba enterada de ningún plan para aumentar el presupuesto de la OMS y reiteró que el nivel de planificación inicial establecido por el Director General prescribía que no hubiese aumento de costos.

En respuesta a la pregunta tocante a las prioridades, el Director dijo que no podía dar una respuesta definitiva hasta que se hubiese preparado el presupuesto combinado de la OPS y la OMS. Sin embargo, varias áreas sin duda seguirían recibiendo atención prioritaria, incluidos los servicios de salud, la renovación de la iniciativa de salud para todos, la salud de los adolescentes y otros. Además, como siempre, la Secretaría sería consciente de las prioridades determinadas por el Consejo Ejecutivo, aunque él y otros dentro de la OPS ponían en tela de juicio la conveniencia de fijar prioridades a nivel mundial y creía firmemente que la Organización debía responder a las prioridades establecidas por los países.

Si bien comprendía las dificultades que algunos países estaban teniendo para cumplir con sus obligaciones de pago de cuotas, el Dr. Alleyne dijo que pecaría de negligencia si no hiciera todo lo posible por evitar cualquier reducción del presupuesto de la OPS. Sin financiamiento

suficiente, la Organización sencillamente no podría atender las necesidades crecientes de cooperación técnica en la Región ni llevaría a cabo los programas aprobados por los Estados Miembros.

En cuanto a la reasignación propuesta del presupuesto, estaba de acuerdo en que había llegado el momento de reexaminar la distribución de los recursos entre las regiones. Sin embargo, no estaba de acuerdo con la fórmula propuesta para hacerlo. Según había señalado en la reunión del Consejo Ejecutivo, el índice de desarrollo humano no era un indicador apropiado para la asignación de recursos. No se había concebido para esa finalidad y era un mal indicador de la equidad. Debería encontrarse una fórmula que tuviese en cuenta las inequidades dentro de las regiones. Para llegar a un criterio más equitativo, era necesario reconocer que la OMS y la OPS no eran instituciones de financiamiento y considerar el potencial de la movilización de recursos dentro de las regiones, particularmente en el caso de la Región de Europa. Debía promoverse la solidaridad interregional. Al mismo tiempo, las regiones que habían hecho un uso eficaz de sus recursos y habían tenido éxito en promover la colaboración interregional no debían resultar castigadas en el proceso de reasignación. Es más, no podría haber equidad si la sede de la OMS no compartiera las reducciones del presupuesto. La equidad significaba no solo que todos debían compartir las ganancias, sino también que todos debían compartir las penurias. Sobre todo, era esencial aplicar el sentido común y nunca perder de vista el hecho de que los Estados Miembros eran los actores más importantes en el proceso. La Secretaría presentaría un documento más detallado en la sesión del Comité Ejecutivo en junio de 1998, en el que se explorarían algunos criterios que podrían adoptarse para asignar más equitativamente los recursos de la OMS.

Mitigación de desastres en las instalaciones de salud (documento SPP30/6)

El Dr. Claude de Ville de Goyet (Jefe, Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre) describió las actividades de la Organización para promover las medidas de mitigación de desastres en los hospitales y otros establecimientos de salud, y esbozó las bases de un plan de acción de la OPS para la mitigación de desastres. El motivo de preocupación principal de la Organización era el efecto sanitario del daño o la destrucción de los establecimientos de salud por los desastres naturales, incluida no solo la lesión o la muerte inmediata de las personas dentro del establecimiento cuando lo azotaba un desastre, sino también las repercusiones a largo plazo que suponía el no poder disponer del establecimiento de salud para proporcionar atención durante el período de urgencia y posteriormente. Las investigaciones habían confirmado que el costo de aplicar las medidas de mitigación de desastres antes de un desastre era pequeño si se comparaba con el costo de la reconstrucción o la reparación de los hospitales y de otros establecimientos de salud con posterioridad al suceso. No obstante, a pesar de las pruebas de los beneficios de la mitigación de desastres y la existencia en la Región de considerable capacidad técnica en el análisis de vulnerabilidades y los métodos de mitigación, seguía habiendo una falta de compromiso político multisectorial de alto nivel y de asignación de los recursos para reducir la vulnerabilidad de los establecimientos de salud.

En respuesta a la proclamación del Decenio Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales (1990-1999) y las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre la Mitigación de Desastres en las Instalaciones de Salud (celebrada en México en 1996), la OPS había emprendido un esfuerzo interprogramático para preparar materiales técnicos y normas generales que sirvieran de herramientas básicas para la adopción de medidas de mitigación de desastres en los establecimientos hospitalarios y de salud tanto en construcción como existentes. El plan de acción interprogramático esbozado en el documento se orientaba a promover la puesta en práctica total de las recomendaciones de la Conferencia y lograr la institucionalización de la mitigación de desastres en los planes de desarrollo del sector sanitario de los Estados Miembros. Las actividades prescritas por el plan se concentrarían en tres áreas principales: promoción de la coordinación institucional e inclusión de los criterios de mitigación de desastres en los programas de acreditación, mantenimiento y mejora del hospital; refuerzo de las políticas y programas para la mitigación de desastres; y adiestramiento y difusión de información, especialmente por conducto del Centro Colaborador de la OPSOMS para la Mitigación de Desastres en los Establecimientos de Salud.

El apoyo político multisectorial a los más altos niveles era esencial para reducir eficazmente la vulnerabilidad a los desastres en los establecimientos sanitarios de la Región. La OPS seguiría trabajando —y seguiría buscando la colaboración de los funcionarios de salud nacionales— para lograr que la mitigación de desastres recibiera la debida atención en las cumbres presidenciales y otras reuniones de alto nivel en la Región, y que la mitigación de desastres y los criterios de reducción de la vulnerabilidad se incluyeran en todos los proyectos de infraestructura sanitaria financiados por los bancos internacionales de desarrollo y otros organismos de financiamiento. Se solicitaba al Subcomité que formulara sus comentarios sobre las estrategias y el plan de acción presentados en el documento.

El Subcomité elogió a la OPS, en particular al Programa sobre los Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, por su liderazgo en el área de la mitigación y respuesta frente a los desastres, y expresó el apoyo unánime a sus esfuerzos para promover la adopción de medidas de mitigación de desastres en los establecimientos de salud de la Región. Varios delegados recalcaron la naturaleza compleja y multisectorial de la mitigación de desastres y la necesidad consiguiente de movilizar el apoyo político y promover una cultura de la mitigación de desastres. Hay que persuadir a los líderes políticos del costo elevado, en términos tanto económicos como políticos, de no tomar medidas para reducir la vulnerabilidad de los establecimientos de salud. Se subrayó la necesidad de reducir tanto la vulnerabilidad funcional como la estructural de los establecimientos de salud para proteger su capacidad de respuesta, así como la necesidad de adiestramiento del personal en el área de preparativos para casos de desastre.

Se señaló que el documento se centraba casi exclusivamente en los hospitales y tomaba muy poco en cuenta que estos dependían en gran medida de los servicios comunitarios como el transporte, los caminos y el abastecimiento de agua potable. La reducción de la vulnerabilidad de dichos servicios se consideraba un aspecto esencial de la mitigación de los desastres y la protección de la capacidad de los hospitales de prestar atención oportuna con posterioridad a un desastre. En este sentido, varios delegados observaron que si las instituciones de crédito estaban convencidas de la importancia de la mitigación de desastres en los establecimientos de salud, podrían incorporar criterios de mitigación de desastres en otros proyectos de construcción y de

infraestructura que financiaran, cosa que ayudaría a reducir aun más las muertes, las lesiones y los daños causados por los desastres. En condiciones ideales, la mitigación de desastres se incorporaría enteramente en la planificación urbana.

El Dr. de Ville dijo que los bancos de desarrollo internacional tendían a considerarse estrictamente como instituciones de crédito y, por ende, consideraban que no les competía fijar criterios en relación con el mantenimiento preventivo y la mitigación de desastres. Señaló que los países miembros de los bancos, especialmente los que eran potencias económicas, podrían tener considerable influencia en este sentido. Al mismo tiempo, los ministerios de salud a nivel nacional debían seguir preconizando la incorporación de los criterios adecuados en los proyectos de infraestructura financiados por las instituciones internacionales de crédito. El funcionario estuvo de acuerdo en que, idealmente, la mitigación de desastres debía abarcar todos los edificios y viviendas e incorporarse en la planificación urbana. Sin embargo, como organización sanitaria con recursos limitados, la OPS creía que debía limitar sus actividades a las áreas que dominaba, de ahí que la atención se concentrase en los hospitales y otros establecimientos de salud. Reiteró que para extender el concepto de la mitigación de desastres a otros sectores se requeriría un apoyo político amplio y de alto nivel. La Organización utilizaría una reunión internacional — prevista para 1999 como medio de señalar el fin del Decenio Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales— como un foro para promover la adopción de las recomendaciones de la conferencia de México.

El Director observó que a menudo era difícil persuadir a los funcionarios nacionales de que debía haber un proceso continuo que incorporaba la mitigación de desastres, el socorro en casos de emergencia y las actividades de respuesta, que, a su vez, debía dar lugar a medidas permanentes para ayudar a mitigar los desastres futuros. Como la Organización no podía llevar a cabo las medidas de mitigación ella misma, su función consistía en señalar las consecuencias de no modernizar las instituciones vulnerables ni implantar medidas para proteger los establecimientos en construcción. Estuvo de acuerdo en que la mitigación de desastres era un tema multisectorial; sin embargo, como sucedía con muchos asuntos como este, un sector tenía que asumir la responsabilidad primaria. Habida cuenta de que el sector sanitario tendría la responsabilidad principal si no se tomasen medidas para hacer que los establecimientos de salud fuesen menos vulnerables a los desastres que ocurrirían inevitablemente, los ministerios de salud y la OPS tenían la responsabilidad de seguir instando tanto a los gobiernos como a los organismos financieros internacionales a que apoyasen las medidas de mitigación.

Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002 (documento SPP30/3 y Corrig. I)

Este tema fue presentado por el Dr. Germán Perdomo (Oficina de Análisis y Planificación Estratégica), quien describió el proceso que había precedido a la redacción de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP) propuestas y esbozó el contenido del documento. Las OEP aportaban el marco de política para programar el trabajo de la Organización, cuya misión es cooperar técnicamente con los Estados Miembros, promover la cooperación técnica entre ellos y facilitar la coordinación internacional en materia de salud. Las OEP eran el producto de un análisis integral de las necesidades y prioridades de los países. Al mismo tiempo, representaban la respuesta de la Región a la nueva política mundial de Salud para

Todos en el Siglo XXI (SPT21) y el Noveno y el Décimo Programa General de Trabajo de la OMS y, por lo tanto, también reflejaban dichas orientaciones mundiales de política.

Al elaborar las OEP, la Secretaría había llevado a cabo un análisis amplio de la situación en la Región, considerando no solo las condiciones de salud, sino también las circunstancias políticas, económicas, sociales, demográficas y ambientales, así como las tendencias principales como la globalización, la reforma y la descentralización del Estado, y las funciones en transición de los organismos de cooperación internacional. Además, había llevado a cabo una serie de consultas dentro de la Organización y con funcionarios en el ámbito nacional. Este proceso había revelado que se habían logrado adelantos en algunas áreas —en particular, la reducción de la mortalidad y la incidencia de algunas enfermedades—, pero que seguía habiendo enormes desigualdades entre los grupos de población por lo que hacía a la situación sanitaria y el acceso a la atención de salud. En consecuencia, al igual que se había hecho en el cuatrienio 1995-1998, el logro de la equidad se había considerado como el principal desafío para el período 1999-2002. También se había determinado un conjunto de metas regionales con miras a superar las inequidades con relación a las condiciones de salud, los factores determinantes de la salud y las políticas y los sistemas de salud. Las metas concretas para cada área se describían en el documento.

La Secretaría creía que las orientaciones estratégicas adoptadas en el cuatrienio anterior seguían vigentes y tenían un alcance suficientemente amplio como para cubrir el espectro de necesidades en la Región, y, por consiguiente, proponía conservar esas mismas cinco orientaciones. Para cada orientación estratégica —a saber, la salud en el desarrollo humano, promoción y protección de la salud, protección y desarrollo ambiental, desarrollo de los sistemas y servicios de salud, y prevención y control de enfermedades—, la Secretaría había preparado un conjunto de orientaciones programáticas que representaban las áreas que se recalcarían en la cooperación técnica. El Dr. Perdomo resumió las orientaciones programáticas enumeradas en el documento para cada orientación estratégica. Finalmente, señaló que en todas las consultas nacionales llevadas a cabo por la Secretaría se habían planteado preguntas acerca de la factibilidad de las metas y las orientaciones regionales propuestas, y recalcó que ninguna de ellas sería factible sin un verdadero compromiso por parte de los gobiernos para abordar las inequidades de salud en sus países respectivos, y por parte de la Secretaría para ejecutar las propuestas de política mediante la cooperación técnica.

El Dr. Juan Manuel Sotelo (Jefe, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica) abundó en lo que el Dr. Perdomo había dicho con respecto al marco de política para la cooperación técnica de la Organización, así como sus enfoques funcionales de la cooperación técnica, la cooperación técnica entre países y el Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES) aplicado a la cooperación técnica. El elemento principal en el marco de política eran las OEP, que serían aprobadas por la Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 1998. Las OEP, a su vez, se habían configurado con base en las orientaciones de política de la Organización Mundial de la Salud, en particular el Noveno Programa General de Trabajo, que estaba vigente, y el Décimo Programa General de Trabajo, que entraría en vigor el mismo año que las OEP (1999). El Décimo Programa General de Trabajo estaba inspirado en gran parte en la nueva política mundial sobre Salud para Todos en el Siglo XXI.

La SPT21 había sido el resultado de un proceso de consulta dinámica que había examinado las enseñanzas aprendidas en la aplicación de las estrategias de salud para todos en el año 2000 y la atención primaria de salud. Era una política orientada a la acción que consideraba la salud como un derecho humano, hacía hincapié en ciertos valores esenciales —en especial la justicia social y la equidad en la prestación de servicios y la asignación de recursos— y aspiraba a la creación de las condiciones en que las personas tendrían, en todo el mundo y a lo largo de su vida, la oportunidad de alcanzar y mantener el nivel más alto posible de salud. La política tenía tres objetivos principales: 1) aumentar la esperanza de vida y la calidad de la vida, 2) lograr la equidad en materia de salud, y 3) garantizar el acceso a la atención de salud de buena calidad. Además, planteaba dos líneas estratégicas de acción: 1) considerar la salud como un elemento central del desarrollo e identificar factores determinantes de la salud y actuar sobre ellos, y 2) crear sistemas de salud sostenibles que respondan a las necesidades de la población.

La estrategia de cooperación técnica de la OPS se llevaba a cabo mediante seis enfoques funcionales: 1) la movilización de los recursos humanos, financieros, políticos e institucionales; 2) la difusión de información; 3) el adiestramiento; 4) la elaboración de políticas, planes y normas; 5) la promoción de investigaciones; y 6) la asistencia técnica directa. Estos seis enfoques constituían la taxonomía de la cooperación técnica que le permitía a la Organización definir su trabajo con más precisión y establecer los resultados previstos. La taxonomía también constituía un marco de referencia para la planificación, programación y evaluación mediante el AMPES. Otro aspecto muy importante de la cooperación técnica de la OPS era la promoción de la cooperación técnica entre países y el criterio del panamericanismo, que se trataría con mayores detalles en otro punto del orden del día.

A propósito del AMPES, el Dr. Sotelo describió la estructura y funcionamiento básicos del sistema, que anteriormente había sido examinado por el Subcomité en varias ocasiones. Luego invitó al Subcomité a comentar posibles formas de refinar el documento antes de su presentación al Comité Ejecutivo.

El Subcomité aplaudió el criterio holístico del documento, que reflejaba la complejidad y la diversidad de la situación sanitaria en la Región, y tomó nota del contexto de transición en el cual se estaba llevando a cabo el trabajo de la Organización. En general, el análisis de la situación se consideró completo y exacto, aunque se señaló que algunas de las tendencias y fenómenos descritos no estaban ocurriendo en todos los países. Al Subcomité también le pareció que el documento reflejaba con exactitud los temas tratados y las prioridades determinadas durante las consultas nacionales, y varios delegados elogiaron a la Secretaría por visitar los países para obtener datos antes de redactar las OEP.

Los delegados expresaron apoyo a las metas regionales, que señalaban resultados concretos que los países y la Secretaría podrían esforzarse en obtener. Las metas se consideraron realistas, especialmente porque se expresaban como porcentajes, no tasas o cantidades específicas. En cuanto a las OEP mismas, el Subcomité apoyó que la atención se siguiera concentrando en la equidad como objetivo primario. Sin embargo, varios delegados cuestionaron la conveniencia de mantener las mismas orientaciones estratégicas, dado que en el documento se indicaba que no se habían logrado la mayor parte de las metas y los objetivos establecidos para el cuatrienio

anterior. Hubo acuerdo general en el sentido de que el documento debía contener más información acerca de por qué razón no se habían alcanzado las metas, un examen de los obstáculos que habían impedido su logro y un análisis del grado en que esos mismos impedimentos obstaculizarían el logro de las metas establecidas para 1999-2002.

El Subcomité hizo varias sugerencias concretas para mejorar el documento. Varios delegados pensaron que debía ser más corto y más condensado, en particular el análisis de la situación al comienzo. Se señaló que las orientaciones programáticas enumeradas bajo cada orientación estratégica tendían a superponerse o duplicarse, y se sugirió simplificar y aclarar dicha sección. También se consideró fijar un orden de precedencia a las numerosas líneas programáticas de acción, con objeto de dejar en claro las áreas a las que la OPS dedicaría la mayor parte de su tiempo y recursos en los próximos cuatro años. Además, debía aclararse la relación entre las OEP y las macropolíticas de SPT21 y el Noveno y el Décimo Programa General de Trabajo.

Un delegado observó que el documento era bastante vago en cuanto a lo que serían los resultados, y exhortó a la Secretaría a que utilizara un lenguaje más práctico y a que enunciara los objetivos más claramente, lo cual facilitaría medir el progreso más adelante. En cuanto a la orientación estratégica “desarrollo de sistemas y servicios de salud”, otro delegado subrayó la necesidad de lograr que la salud —no los asuntos económicos, políticos o de otro tipo— fuera el centro de interés primordial de las propuestas de reforma sanitaria. También opinó que el documento debía prestar mayor atención a la aparición de los nuevos mercados de la asistencia sanitaria y a la necesidad de regular estos procesos. A propósito de la misma orientación estratégica, se recomendó destacar más la idea de la sostenibilidad de la reforma sanitaria y las respuestas del sistema de salud. Con relación a la orientación estratégica “prevención y control de enfermedades”, un delegado señaló que, de acuerdo con los criterios expresados en las reuniones de los Cuerpos Directivos en 1997, la salud bucodental debía incluirse como un área prioritaria para la acción. Finalmente, se propuso que las OEP incorporasen la definición modificada de salud aprobada por el Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 1998 y sometida para su aprobación a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1998: “La salud es un estado dinámico de completo bienestar físico, mental, espiritual y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

El Dr. Perdomo agradeció a los delegados sus consideradas y constructivas sugerencias. El objetivo de la Secretaría al presentar el documento al Subcomité había sido obtener apreciaciones que le permitiesen enunciar lo más claramente posible las orientaciones de política de la Organización para facilitar su consideración por el Comité Ejecutivo, y ese objetivo se había logrado plenamente. En cuanto al análisis de la situación, reconoció que no describía en detalle todos los factores determinantes de la salud en cada país; más bien, el objetivo había sido presentar un resumen amplio de las tendencias y los factores que influían en la situación sanitaria de la Región. En lo que se refiere a la aparente repetición o superposición de las orientaciones programáticas, señaló que muchas de las líneas propuestas de acción —como la formación de recursos humanos y la promoción del compromiso político con relación a diversos temas de salud— eran de amplio alcance y abarcaban diversas orientaciones estratégicas. No obstante, la Secretaría se esforzaría en simplificar y aclarar las orientaciones programáticas en lo posible. También trataría de que la redacción fuese más práctica, con miras a facilitar la medición de los

adelantos logrados. En cuanto a la priorización de las líneas de acción, recalcó que la Secretaría tenía que fijar sus prioridades basándose en las prioridades establecidas por los países.

El Dr. Sotelo explicó que la Secretaría proponía conservar las mismas cinco orientaciones estratégicas básicamente por dos razones. En primer lugar, el trabajo empezado en el cuatrienio 1995-1998 aún no estaba completo ni se habían logrado las metas establecidas, en particular la meta principal de reducir las inequidades. En segundo lugar, los países aún estaban en el proceso de incorporar las cinco orientaciones estratégicas en sus políticas nacionales. Por consiguiente, se consideraba importante mantener la continuidad en función de las orientaciones de política general para 1999-2002. Por el contrario, las orientaciones programáticas propuestas reflejaban cambios e innovaciones considerables por comparación con el cuatrienio anterior. En cuanto a la medición de los resultados, observó que uno de los problemas que había obstaculizado la evaluación de los resultados obtenidos con la aplicación de las OEP vigentes había sido la falta de indicadores apropiados; la Secretaría estaba elaborando instrumentos e indicadores que probablemente facilitarían determinar los resultados de las OEP correspondientes al período 1999-2002.

A petición del Director, el Dr. Daniel López Acuña (Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud) respondió a los comentarios en lo referente a la reforma sanitaria y la regulación de los procesos del mercado. Señaló que varias orientaciones programáticas en el área de la reforma sanitaria estaban dirigidas específicamente al fortalecimiento de la función rectora de los ministerios de salud, a fin de permitirles desempeñar sus funciones de reglamentación en el contexto de la reorganización estructural y funcional del sector. La Organización ya estaba trabajando en esta línea de acción y seguiría haciéndolo en el próximo cuatrienio, con miras a conseguir que las medidas de reforma sanitaria se orientaran efectivamente hacia el mejoramiento de la salud y lograr mayor equidad en el acceso a los servicios de salud y en el financiamiento sanitario y los sistemas de seguro.

El Director señaló que en las OEP propuestas la Secretaría había tratado de concentrarse explícitamente en lo que haría para ayudar a los países a resolver sus problemas y, por consiguiente, había eliminado la sección sobre las responsabilidades de los países que se había incluido en las OEP del cuatrienio anterior. En cuanto a los comentarios sobre la vaguedad de la redacción en el documento, dijo que la Secretaría había elaborado lo que podría llamarse una “taxonomía de palabras de acción” para enunciar claramente lo que la Secretaría haría y cuáles serían sus responsabilidades. Ese tipo de redacción se aplicaría en la próxima programación bienal, pero quizá fuese difícil incorporarla en las OEP porque no se trataba de un documento de programación propiamente dicha. En cuanto a los impedimentos que habían obstaculizado el progreso en 1995-1998, parte del problema, como el Dr. Sotelo había indicado, era que las metas no se habían definido con claridad suficiente para cuantificar los adelantos logrados. Además, cuatro años era un tiempo muy corto para apreciar adelantos considerables en muchas áreas. No obstante, la Secretaría intentaría analizar los impedimentos y el grado en que podrían superarse en el nuevo cuatrienio. En el informe cuatrienal del Director a la Conferencia Sanitaria Panamericana también se concentraría más en las áreas donde se había logrado el mayor y el menor adelanto, y analizaría los factores que habían favorecido o entorpecido el trabajo de la Organización.

Añadió el Director que le complacía enormemente que el Subcomité estuviese de acuerdo en que la equidad debía seguir siendo el objetivo primario de la cooperación técnica de la Organización. Basándose en el análisis de la situación hecho por la Secretaría y en sus conversaciones con la gente de los países, creía que las cinco orientaciones estratégicas establecidas en el cuatrienio anterior representaban el mejor enfoque para abordar las necesidades de los países con relación a ese objetivo. En cuanto a la priorización de las orientaciones programáticas, como el Dr. Perdomo había dicho, la Secretaría no consideraba que tuviese la autoridad para imponer un orden de precedencia. Más bien trataba de ayudar a los países a definir sus prioridades, y determinaba las prioridades regionales. Las orientaciones programáticas planteadas en el documento se concibieron deliberadamente con un alcance muy amplio, a fin de que la Organización pudiese abordar a un tiempo las prioridades nacionales y las regionales.

La Secretaría revisaría el documento sobre la base de los comentarios de los delegados, aunque obviamente quizá no fuese posible incorporarlos en su totalidad. También tendría en cuenta todo comentario adicional que alguien quisiera presentar por escrito.

Cambio climático y enfermedades infecciosas: consecuencias del fenómeno El Niño (documento SPP30/5)

El Dr. Stephen Corber (Director, División de Prevención y Control de Enfermedades) presentó el documento sobre este punto del orden del día, que fue preparado en colaboración con varias otras unidades de la Organización —en particular, el Programa sobre Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre—, en respuesta a la resolución CD40.R13, “Preparativos de salud para los desastres provocados por el fenómeno El Niño”, aprobada por el Consejo Directivo en 1997. En el documento se examinaban las asociaciones específicas que se habían encontrado entre el fenómeno El Niñooscilación meridional (ENSO) y las tendencias de la transmisión de enfermedades infecciosas.

El Dr. Roberto Chuit (Asesor Regional en Enfermedades Transmisibles) describió las características y los efectos del ENSO y presentó información acerca de su repercusión potencial y real sobre las enfermedades infecciosas. El ENSO podría tener cuatro efectos posibles sobre el clima: 1) condiciones casi normales; 2) un fenómeno El Niño débil, con precipitación pluvial algo mayor que lo normal; 3) lluvias intensas e inundaciones; y 4) aguas costaneras más frías que lo normal, con probabilidades mayores de sequía. La aparición y duración de estos efectos variaban en diferentes partes de la Región, lo cual significaba que las características de las enfermedades quizá variaran también en las zonas afectadas por El Niño. Las predicciones para 1997 habían indicado que el clima en el sur de Estados Unidos y el norte de México sería más húmedo y más frío que lo normal, con inundaciones en muchos lugares; en la Amazonia, se predijeron condiciones más secas que lo normal, aunque en el extremo sur de América del Sur se preveía una precipitación pluvial mayor que lo acostumbrado. En la zona andina, en Perú y Ecuador se preveía un tiempo más cálido y húmedos que lo habitual, con inundaciones probables.

El Dr. Chuit mencionó los resultados de diversos estudios que no habían encontrado pruebas definitivas de la existencia de un vínculo entre el ENSO y un aumento de la transmisión de varias de las enfermedades infecciosas más importantes en las Américas, en especial la malaria, el dengue, el cólera, la leptospirosis y las infecciones por hantavirus. En realidad, las sequías relacionadas con el ENSO parecían haber conducido a una reducción de algunas enfermedades. Sin embargo, también señaló que en muchos casos no había datos o los datos que se tenían eran de mala calidad. Es más, debía tenerse presente que la transmisión de enfermedades estaba influida por muchos otros factores, como la endemidad, los reservorios de vectores, las migraciones de la gente y las condiciones ambientales y de saneamiento. Los efectos del fenómeno El Niño variarían según la intensidad y las manifestaciones de este. En general, sin embargo, cabría esperar que El Niño empeorara las condiciones prevalentes que favorecían la transmisión de enfermedades. La vigilancia epidemiológica eficaz y la evaluación de factores de riesgo eran cruciales para que los países pudiesen prever y afrontar los efectos sanitarios potenciales de El Niño. Además, la incorporación de la predicción meteorológica en la vigilancia de enfermedades y en los preparativos para situaciones de emergencia y los programas de prevención ayudaría a reducir las consecuencias sanitarias del ENSO y otras anomalías del clima.

Se pidió al Subcomité su punto de vista en cuanto a la función que competía a la OPS para abordar los efectos sobre la salud que podrían ocurrir debido a estos fenómenos ambientales.

Dada la falta de datos definitivos sobre la relación entre El Niño y la transmisión de enfermedades, el Subcomité consideró que sería más útil ampliar el alcance del documento y explorar los efectos del cambio climático en general sobre la salud, así como las implicaciones de El Niño como un desastre natural que podría causar daños enormes a la infraestructura y los servicios básicos, como el saneamiento. Se señaló que sería necesario vigilar el cambio climático y sus efectos sobre la transmisión de enfermedades en el mismo lugar y al mismo tiempo, para extraer conclusiones válidas acerca de la causa y el efecto. En cuanto a la función de la OPS, el consenso fue que la Organización ya estaba desempeñando una función apropiada al ayudar a los países a mejorar los sistemas de vigilancia y notificación de enfermedades, y a vincular a todos los países de la Región para la identificación y notificación de los brotes de enfermedades. También se señaló que la cooperación técnica de la OPS a nivel de país podría facilitar la participación de expertos nacionales que generalmente no actuaran en el campo de la salud pública pero cuya competencia pudiese ayudar a mejorar las actividades de vigilancia y prevención y a disminuir el sufrimiento humano causado por las inundaciones y otros fenómenos relacionados con el clima.

El Director y el Dr. Chuit agradecieron a los delegados sus sugerencias, que se tendrían en cuenta al revisar el documento para presentarlo al Comité Ejecutivo. El Director dijo que la próxima versión contendría más datos y un análisis más amplio de los efectos del cambio climático en general sobre las condiciones sanitarias y ambientales.

La cooperación técnica entre países: panamericanismo en el siglo XXI (documento SPP30/4)

La Dra. Mirta Roses (Subdirectora de la OPS) presentó el documento preparado por la Secretaría sobre este tema, en el que se repasaba la historia y los adelantos logrados por la cooperación técnica entre países (CTP) en la Región en los dos últimos decenios y se esbozaban algunos de los retos y las perspectivas de la CTP en el próximo siglo. La Subdirectora empezó por describir diversos convenios, resoluciones y planes de acción adoptados por el sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano que habían configurado la historia de la CTP en las Américas, en especial el Plan de Acción de Buenos Aires para promover y realizar la cooperación técnica entre los países en desarrollo (CTPD), aprobado por Asamblea General de las Naciones Unidas en 1978; la resolución 50119, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1995, que planteaba nuevas orientaciones para la CTPD; los programas nacionales y los fondos para la cooperación horizontal establecidos bajo la égida de la Organización de los Estados Americanos; y el Plan Estratégico para las Sociedades en favor del Desarrollo 1997-2001, formulado por el Consejo Interamericano para el Desarrollo Integral (CIDI).

Dentro de la OMS y la OPS, la cooperación técnica entre países se había promovido en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata, y mediante muchas resoluciones de ambas organizaciones. Un documento presentado por la OPS a la reunión interregional de consulta sobre la programación de la CTPD en materia de salud, convocada por la OMS en Yakarta en 1993, establecía que para la Región de las Américas se promovería el concepto de cooperación técnica entre países (CTP), en lugar de CTPD; o sea, cooperación técnica entre todos los países de la Región, independientemente de su nivel de desarrollo. El documento también definía los principios que debían defenderse en las propuestas de CTP preparadas con la cooperación de la OPSOMS, a saber: solidaridad, soberanía, dignidad, equidad, desarrollo de capacidad y sostenibilidad.

La CTP se financiaba principalmente con recursos de los presupuestos nacionales. Sin embargo, como los presupuestos de algunos países eran insuficientes para lograr la ejecución de muchos acuerdos de cooperación bilaterales y multilaterales, la movilización de la cooperación exterior era importante. Una modalidad eran los arreglos de cooperación triangular, por medio de los cuales los países desarrollados financiaban la cooperación entre países menos desarrollados. Además, en el presupuesto 1988-1989, la OPS había establecido un mecanismo de financiamiento específicamente para estimular la CTP, aunque con anterioridad la Organización había venido apoyando la CTP mediante los programas regionales y de país y por conducto de los centros colaboradores de la OMS y la OPS. La Dra. Roses dio varios ejemplos de los proyectos de CTP llevados a cabo entre países vecinos, países de la misma subregión, países con áreas de interés común en la ciencia y la tecnología, y la cooperación entre países a tenor de convenios bilaterales que hacían aportaciones de recursos humanos y tecnología a largo y mediano plazos.

Para los países, entre las grandes empresas que había que acometer en el siglo XXI figuraban la creación de sistemas nacionales para la coordinación de la cooperación exterior, la documentación de los resultados y la evaluación de las experiencias en materia de CTP en la

esfera sanitaria, y el desarrollo de la CTP en el ámbito sanitario mediante acuerdos bilaterales. Para los organismos de cooperación en general, el imperativo sería utilizar eficazmente la capacidad existente en la Región en provecho de la cooperación técnica que proporcionaban. Para la OPS, los retos incluirían el mantener la CTP como una estrategia importante en las OEP para 1999-2002, mejorar la designación y la utilización de los centros colaboradores, y obtener métodos para el adiestramiento en la gestión y ejecución de la CTP en el área de la salud.

El Subcomité estuvo de acuerdo en que la CTP era un instrumento sumamente valioso para promover el desarrollo sostenible, en particular en el contexto actual de los recursos de cooperación internacional cada vez más exiguos. También convino en que había un extraordinario potencial, aún desaprovechado, para la cooperación entre los países de las Américas y en que debía aprovecharse más la capacidad existente a nivel nacional. Al mismo tiempo, se señaló que una buena parte de la cooperación se da mediante arreglos informales entre los países y, por consiguiente, no se reflejaba en los datos oficiales. La cooperación entre los países vecinos para abordar preocupaciones de salud compartidas o lograr objetivos comunes se consideraba especialmente importante, ya que las enfermedades y otros problemas de salud no reconocen fronteras. Además, se consideró que la CTP era una manera de promover la solidaridad y forjar vínculos más estrechos entre los países. Diversos delegados describieron las experiencias de cooperación en marcha entre sus países y países vecinos o países que forman parte de grupos subregionales de integración como el MERCOSUR y la CARICOM.

En general, le pareció al Subcomité que el documento era un buen análisis histórico de la cooperación técnica entre países y una buena fuente de orientación para desarrollar la CTP en el futuro, basándose en la experiencia adquirida. Entre los principios de la CTP definidos en el documento, la solidaridad, la soberanía y la sostenibilidad se consideraron sumamente importantes. Con respecto a las modalidades de financiamiento mencionadas, los acuerdos triangulares se consideraron particularmente ventajosos, dado que los acuerdos de cooperación bilaterales y los proyectos entre los países en desarrollo a menudo no se ejecutaban plenamente debido a la falta de financiamiento. Sin embargo, se señaló que la cooperación triangular era más complicada de llevar a cabo que la cooperación bilateral. También se recalcó que la cooperación entre los países en desarrollo y los desarrollados era mutuamente beneficiosa y que, con respecto a temas como la reforma sanitaria y la atención comunitaria, por ejemplo, los países desarrollados podrían aprender mucho de las experiencias de sus socios de cooperación menos desarrollados.

Se identificaron como funciones cruciales de la OPS la promoción de la CTP y la ayuda para la concepción, el diseño, la coordinación y la ejecución de los proyectos. A fin de mejorar el apoyo de la Organización a la CTP, se propuso reexaminar las funciones de las representaciones de la OPSOMS (PWR) con miras a coordinar los esfuerzos y mancomunar los recursos de estas en los países vecinos, por ejemplo, compartiendo consultores. También se sugirió que la OPS promoviese proyectos de cooperación de al menos dos años de duración para alentar mayor estabilidad y sostenibilidad. Varios delegados expresaron inquietud porque, según las cifras presentadas en el documento, sólo se estaban utilizando 60% de los fondos asignados para la CTP en el presupuesto de la OPS. En cuanto a los retos para la OPS mencionados por la Dra. Roses, se solicitó más información acerca de la función de los centros colaboradores y de la forma como la Organización procuraría hacer mejor uso de ellos para promover la CTP. Se

pidieron asimismo más datos acerca de la función de la OPS en la transferencia de tecnología por conducto de la cooperación técnica entre países.

Un delegado sugirió que, como se había propuesto en la 29.^a reunión del Subcomité, los Cuerpos Directivos debían emprender un análisis más amplio de la cooperación técnica y la función de la OPS, teniendo en cuenta la participación de nuevos actores —en particular las ONG—, la disminución de los recursos para la cooperación internacional y el contexto de cambio e incertidumbre mencionado en prácticamente todos los documentos examinados por el Subcomité.

La Dra. Roses, respondiendo a las preguntas sobre los centros colaboradores, señaló que estos tenían una relación bastante vertical con cada país y no había mucha interacción entre los centros. La OPS estaba tratando de promover mayor cooperación horizontal entre los centros. En cuanto a la transferencia de tecnología, mencionó varios ejemplos, incluido el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas y el Sistema de Manejo de Suministros después de los Desastres (SUMA), mediante los cuales se había transferido tecnología. En cuanto al grado en que estaban utilizándose los fondos asignados para la CTP, señaló que la OPS era uno de los pocos organismos internacionales de cooperación que habían destinado específicamente fondos para la promoción de la CTP. El porcentaje de fondos usados había aumentado considerablemente; sin embargo, seguía habiendo obstáculos para que se utilizaran plenamente, sobre todo el adiestramiento del personal para administrar los proyectos de CTP y coordinar las actividades de los diversos sectores que a menudo participaban en los proyectos.

El Director agregó que parte de la razón de que los fondos no se estuviesen utilizando en un ciento por ciento era que la Organización exigía un alto grado de rigor y especificidad en los proyectos de CTP para conseguir que los fondos se usaran lo más eficazmente que fuese posible. También reconoció que a menudo resultaba difícil recopilar información sobre la cantidad de cooperación técnica que en realidad se estaba produciendo entre los países porque gran parte de ella se daba fuera del marco de los convenios formales. Recalcó la importancia de la decisión de la OPS de promover la cooperación técnica entre todos los países, que la Organización consideraba como un apartamiento fundamental del criterio de CTPD que seguía prevaleciendo en la mayoría de los organismos del sistema de las Naciones Unidas. La OPS creía firmemente que todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo, estaban interesados en la salud y, por consiguiente, tenían la necesidad de cooperar en este ámbito.

El Dr. Alleyne dijo no estar de acuerdo con la idea de que el multilateralismo estaba disminuyendo. En realidad, había pruebas de que en todo el mundo los países estaban recurriendo cada vez más a las Naciones Unidas y otros organismos multilaterales para la solución de muchos problemas. Por consiguiente, exhortó a los delegados a considerar la CTP no como un sustituto de la cooperación multilateral sino como un complemento. Estuvo de acuerdo con la sugerencia de que el tema de la cooperación técnica en su totalidad merecía estudiarse más a fondo. Sin duda, en algún momento futuro los Cuerpos Directivos podrían considerarlo para examinar las formas en que la cooperación técnica de la OPS difería de la de otros organismos. No obstante, no deseaba que nadie se quedase con la idea de que la OPS desconocía la necesidad de modificar y adaptar su cooperación técnica en respuesta a las nuevas circunstancias. Señaló que en noviembre de 1995 la Organización había patrocinado el Seminario sobre el

Replanteamiento de la Cooperación Técnica Internacional en materia de Salud, que había sido la culminación de un proceso de dos decenios en el que se reexaminó la labor y la misión de la OPS. El criterio de la Organización acerca de la cooperación técnica no era inalterable; sin embargo, un principio irrenunciable era que sus prioridades se basaban en las prioridades de los países.

Finalmente, en cuanto a la función de los centros colaboradores, propuso que se preparara otro documento y que este tema se tratase en una sesión futura del Subcomité.

Bioética (documento SPP30/7)

El Dr. Juan Antonio Casas (Director, División de Salud y Desarrollo Humano) presentó este tema. Recordó que cuando el Programa Regional de Bioética fue creado por el Consejo Directivo en septiembre de 1993, se acordó que la labor del Programa se evaluaría después de cinco años de operación. El documento sometido a la consideración del Subcomité representaba un examen de las actividades del Programa en preparación para la evaluación, que tendría lugar en 1999 y se daría a conocer al Comité Ejecutivo en su 126.^a reunión en 2000. Se pidió al Subcomité que formulara sus observaciones sobre las actividades e indicara aspectos concretos que debieran considerarse en la evaluación.

A continuación, el Dr. Julio Montt (Director, Programa Regional de Bioética) informó sobre la evolución del Programa desde que empezó a funcionar en mayo de 1994. El Programa se había establecido en la Universidad de Chile, con apoyo del Gobierno de Chile, en respuesta a las demandas de los Estados Miembros de que hubiese un programa de cooperación técnica para abordar los problemas éticos planteados por los rápidos adelantos científicos y tecnológicos en el campo de la salud, así como los asuntos económicos, sociales y políticos en relación con la salud. La bioética proporcionaba métodos para resolver conflictos de valores y llegar a acuerdos con respecto a la “ética civil” o acuerdos dentro de las sociedades con relación a ciertos valores básicos, con independencia de las convicciones religiosas, políticas o de otra índole. Como programa de cooperación técnica de la Organización, las funciones del Programa eran la movilización de recursos; el adiestramiento; la difusión de información; la elaboración de políticas, planes y normas; la investigación; y la cooperación técnica directa.

En 1994, el Programa convocó una reunión a la que concurrieron representantes de 17 países de América Latina y el Caribe para evaluar los temas bioéticos más importantes y establecer las orientaciones temáticas para guiar su trabajo. Como resultado, se escogieron cinco áreas temáticas: la bioética en la salud pública; la ética clínica y médica; la ética de la investigación; el adiestramiento y la formación en bioética; y los problemas actuales y nuevos que son resultado de los adelantos científicos y tecnológicos y la aparición de nuevas enfermedades. El Dr. Montt destacó algunas de las actividades llevadas a cabo por el Programa y la repercusión de su trabajo en cada una de las áreas temáticas. Señaló por último que, a pesar de los recursos relativamente limitados, en sus cuatro años de existencia el Programa se había convertido en una entidad importante tanto en la Región como en el mundo, y la demanda de sus servicios de cooperación técnica iba en aumento. En el futuro seguiría apoyando a los Estados Miembros en su busca de respuestas a los grandes problemas éticos que afrontaban en el ejercicio de la medicina y en la organización y prestación de los servicios de salud, la salud

pública, la investigación biomédica, la formación de los profesionales de la salud, y la búsqueda de la equidad y la justicia en la asignación de los recursos de salud.

El Subcomité elogió al Dr. Montt por los numerosos logros del Programa durante su breve existencia, especialmente en las áreas de la difusión de información y la educación. También expresó su gratitud al Gobierno de Chile y la Universidad de Chile por el apoyo prestado al Programa. Varios delegados comentaron que este había satisfecho claramente una necesidad en la Región. La cooperación técnica para la organización de los comités de bioética en los hospitales y las comisiones o las asociaciones nacionales de bioética se consideró una de sus contribuciones más importantes. Se señaló que el Programa parecía haber concentrado su atención principalmente en América Latina, y se sugirió que debería considerar más de cerca las experiencias de Canadá y los Estados Unidos en materia de bioética y buscar áreas de complementariedad y colaboración.

Se hicieron varias sugerencias en cuanto a las posibles áreas de trabajo del Programa en el futuro, incluido el examen de los asuntos de bioética en las relaciones entre los países y en el marco de las convenciones de derechos humanos; la aplicación en la Región de la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, promulgada por la UNESCO; la preparación de documentos de posición y normas que sirvan de base para la legislación o la reglamentación; el examen de las implicaciones éticas y de política de las nuevas tecnologías de la reproducción y su repercusión sobre la composición y los valores de la sociedad; y la consideración de asuntos éticos en relación con la salud de los pueblos indígenas, especialmente en la investigación que se realiza en estos grupos. Se hicieron preguntas en lo referente a las actividades del Programa en el Caribe de habla inglesa y la existencia de programas de bioética en la OMS y en otras regiones.

El observador por Chile dijo que su Gobierno creía que el Programa estaba desempeñando una función imprescindible al ayudar a los países a abordar las inquietudes éticas que acompañaban a los cambios rápidos experimentados por las sociedades y los sistemas de salud, y, por consiguiente, seguiría colaborando activamente en su desarrollo.

En respuesta a las preguntas sobre la labor del Programa en el Caribe de habla inglesa, el Dr. Montt dijo que las actividades habían sido limitadas hasta la fecha debido a las limitaciones de recursos y los problemas logísticos, especialmente la falta de traducciones al inglés de sus publicaciones y de otra información. Sin embargo, el Programa había adquirido recientemente el software de traducción automática de la OPS, lo cual permitiría producir traducciones rápidamente y a un costo relativamente bajo para la difusión en los países de habla inglesa. Además, el Programa estaba investigando la posibilidad de organizar algunas reuniones sobre bioética en colaboración con los decanos de las facultades de medicina en varios países del Caribe. Reconoció que el Programa se había concentrado principalmente en América Latina, pero estaba colaborando con varios centros destacados de bioética en los Estados Unidos. El Programa había establecido menos contactos con instituciones canadienses solo porque no había tenido tiempo en sus escasos cuatro años de existencia; en el futuro, procuraría establecer vínculos más cercanos con institutos y asociaciones de bioética en ambos países.

Agradeció a los delegados sus sugerencias en lo referente a posibles áreas de interés o de actividades nuevas para el Programa y señaló que, de hecho, ya estaba trabajando en esferas como la difusión de información que pudiera servir de base para la legislación y los asuntos bioéticos en la investigación genética con grupos indígenas en Chile y Argentina. Sin embargo, el Programa Regional de Bioética era principalmente un programa de cooperación técnica, no una institución académica o un “grupo de estudios” de bioética. Su función idónea, por consiguiente, era recopilar y difundir las investigaciones y la información generadas por esas instituciones, en lugar de producir la información por sí mismo. En cuanto a la declaración universal de la UNESCO sobre el genoma humano, el Programa participó en la conferencia en la que se examinó la declaración y estaba difundiendo la información correspondiente a ministerios de salud y centros de bioética en toda la Región.

El Dr. Montt desconocía la existencia de programas de bioética en otras regiones de la OMS. Señaló que la OMS había formado recientemente un grupo de orientación para tratar asuntos bioéticos, y el Programa Regional de Bioética con sede en Chile había sido designado como un punto focal de las Américas para este grupo. Sin embargo, la inquietud principal del grupo había sido la clonación de seres humanos, que para la mayoría de los países de la Región no tenía mayor importancia, dada su capacidad actual de investigación y tecnológica. El Programa consideraba que, en su cooperación técnica con los países, eran mucho más pertinentes y urgentes otros asuntos, como las relaciones médico-paciente, los derechos de los pacientes y la asignación de los recursos de salud.

El Director estuvo de acuerdo en que, para hacer el uso más eficaz de los recursos limitados del Programa y tener la más amplia repercusión posible, era esencial circunscribir su esfera de acción a los asuntos que fuesen de interés práctico directo para los países. El Programa, por consiguiente, seguiría concentrando su atención en las áreas mencionadas en el documento y por el Dr. Montt en su ponencia, especialmente la ética del ejercicio clínico y la investigación. En cuanto a las actividades de bioética dentro de la OMS, señaló que la participación de la Organización en esta área había sido relativamente limitada porque había dependido de otro organismo, el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), para que este reuniera a distintas personas a objeto de examinar diversos temas bioéticos, en especial la ética relacionada con la iniciativa de renovación del compromiso con la meta de salud para todos.

El Director dijo que, aunque en general no solía elogiar individualmente a los funcionarios en las reuniones de los Cuerpos Directivos, deseaba agradecer al Dr. Montt su liderazgo y su contribución al desarrollo satisfactorio del Programa. También deseaba expresar formalmente la gratitud de la Organización al Ministerio de Salud y la Universidad de Chile por su apoyo del Programa.

Programa de Publicaciones de la OPS (documento SPP30/9)

La ponencia sobre este punto del orden del día estuvo a cargo de la Dra. Judith Navarro (Jefa, Oficina de Publicaciones y Servicios Editoriales), quién repasó brevemente la historia y las actividades de la Oficina a su cargo. Señaló que el intercambio y la difusión de información habían sido un principio fundador de la Oficina Sanitaria Internacional, precursora de la

Organización Panamericana de la Salud. La Organización había venido publicando textos científicos y técnicos desde los años veinte. Su primera publicación regular, el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* (actualmente llamado *Revista Panamericana de Salud Pública* *Pan American Journal of Public Health*), era la revista de salud pública internacional más antigua en el mundo. Un dato interesante era que en el primer número del *Boletín* se había publicado un artículo sobre la importancia de la cooperación entre los países, tema que seguía siendo muy actual y oportuno para el debate de este tema por el Subcomité.

En el marco de las orientaciones estratégicas y programáticas para 1995-1998, el Director había establecido cuatro áreas de información claramente diferenciadas en las que se concentraría la Oficina Sanitaria Panamericana: 1) la información acerca de la situación sanitaria y los servicios de salud en los países y la Región; 2) el desarrollo de sistemas nacionales de información sanitaria; 3) la información institucional; y 4) la información científica, técnica y relacionada con políticas. El trabajo de la Oficina de Publicaciones y Servicios Editoriales (DBI) se relacionaba con la última área mencionada. El objetivo principal de DBI era producir publicaciones de la más alta calidad que reflejaran la misión y los objetivos de la Organización, contribuyeran a la comprensión y solución de los problemas de salud prioritarios, fuesen asequibles, diseminaran contenidos originales, tuviesen una utilidad probablemente prolongada, fueran oportunas y pertinentes y cumpliesen con normas de calidad en cuanto a contenido y presentación.

DBI tenía cuatro componentes principales: Servicio Editorial; Comunicaciones Electrónicas; Comercialización, Distribución y Ventas; y Servicio de Información y Documentación (Biblioteca de la Sede). El Servicio Editorial tenía a su cargo la publicación de la *Revista Panamericana de Salud Pública* *Pan American Journal of Public Health* —de periodicidad mensual, multilingüe y arbitrada por expertos—, libros y documentos oficiales de la Organización. En el área de Comunicaciones Electrónicas, las actividades principales eran el mantenimiento del sitio en la Web de la OPS y la difusión de las publicaciones de la OPS y otra información por la Internet y en CD-ROM. Comercialización, Distribución y Ventas pretendía promover las publicaciones de la OPS entre audiencias potenciales en todo el mundo, garantizar el acceso a ellas y obtener rendimientos de la inversión de la Organización en publicaciones. Como resultado de los esfuerzos recientes para mejorar la comercialización y ventas de las publicaciones de la OPS, este componente se pagaba en gran parte por sí mismo. Finalmente, DBI se encargaba de la Biblioteca de la Sede, que prestaba servicios bibliográficos y estaba desarrollando un proyecto computadorizado de la memoria institucional para gestionar toda la documentación de la OPS.

El Subcomité aplaudió la calidad del trabajo de DBI y su éxito al hacer un uso óptimo de las nuevas técnicas de comunicación para comercializar y difundir las publicaciones de la Organización externamente, así como para gestionar la información internamente por medio del proyecto automatizado de la memoria institucional. Varios delegados indicaron que sus gobiernos se apoyaban en las publicaciones de la OPS como la fuente más autorizada de información sobre la salud en los países de la Región. Se sugirió agregar al sitio en la Web de la OPS enlaces que remitan a los sitios en la Web de los ministerios de salud nacionales, como un medio de facilitar el acceso a esa información. Se alentó a DBI a que acelerara la publicación de materiales en francés para hacer la información más accesible y aumentar su participación en el

mercado de habla francesa, particularmente en el Canadá.

El Director se manifestó complacido de confirmar que los países estaban utilizando las publicaciones y la información de la Organización, pues la difusión de información oportuna y útil era uno de sus objetivos primarios. Esperaba que el examen de este tema por los Cuerpos Directivos alentaría a otros Estados Miembros a hacer un mayor uso de la información disponible en forma impresa y en la Internet. La sugerencia de agregar enlaces que remitiesen a los sitios en la Web de los ministerios se pondría en práctica.

Otros asuntos

El Director anunció que el lunes 11 de mayo de 1998 se celebraría en Ginebra una reunión de todas las delegaciones de las Américas que asistirían a la Asamblea Mundial de la Salud para tratar diversos asuntos, en particular la elección de los miembros de la Región al Consejo Ejecutivo. Actualmente había cuatro candidatos para los tres puestos vacantes. Dijo el Director que, como había sido costumbre en la Región, se llegaría a un acuerdo entre los candidatos antes de las elecciones, a fin de que sólo se presentaran tres candidatos.

Después de las elecciones, el Director se reuniría con los seis miembros del Consejo Ejecutivo pertenecientes a las Américas para informarles acerca de varios temas de interés concreto para la Región. Uno de ellos era un acuerdo del Consejo de recomendar a la Asamblea de la Salud que los Cuerpos Directivos de la OPS fuesen invitados a cambiar la Constitución de esta última para elegir al Director de la Oficina cada cinco años, y a considerar la posibilidad de adoptar el mecanismo del comité de búsqueda, como en la Región de Europa. Aunque los Estados Miembros tendrían la última palabra en el asunto, el Director creía que tal cambio sería problemático por varias razones, en particular porque la Constitución establecía que el Director de la Oficina sería elegido por la Conferencia Sanitaria Panamericana, que se reunía cada cuatro años. Otra inquietud que se proponía tratar con los miembros del Consejo procedentes de las Américas era la decisión de la Asamblea de la Salud de limitar el reembolso de los gastos de viaje a los delegados de los países menos adelantados. Según los criterios fijados por la Asamblea de la Salud, Haití sería el único país de la Región cuyo delegado reuniría los requisitos para el reembolso de los gastos de viaje.

El Delegado de la Argentina señaló que la decisión de no reembolsar los gastos de viaje pretendía ser una medida de ahorro. Al mismo tiempo, sin embargo, se había hecho la propuesta de ampliar el número de miembros del Consejo Ejecutivo, lo cual aumentaría los costos. Instó a todas las delegaciones de la Región a que se opusieran a esa propuesta.

CLAUSURA DE LA SESIÓN

El Director agradeció a los delegados la evidente atención que prestaron a los documentos antes de la sesión y sus aportaciones valiosas durante los debates. La Presidenta dijo que había sido un honor para su país ocupar la Presidencia del Subcomité durante su 29.^a y 30.^a sesiones. Expresó su gratitud al personal de la OPS por su apoyo, y a los delegados por su participación durante las reuniones; finalmente, declaró clausurada la 30.^a Sesión del Subcomité de Planificación y Programación.

Anexos



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



**SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN
DEL COMITÉ EJECUTIVO**

30.^a sesión, 30 y 31 de marzo de 1998

SPP30/FR (Esp.)
Anexo A

Anexo A.: ORDEN DEL DÍA

	No. del documento
1. Apertura de la sesión	
2. Adopción del orden del día y del programa de reuniones	SPP30/1, Rev. 1
3. Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002	SPP30/3 y Corrig. I
4. La cooperación técnica entre países: Panamericanismo en el siglo XXI	SPP30/4
5. Cambios climáticos y enfermedades infecciosas: Las implicaciones del fenómeno El Niño	SPP30/5
6. Mitigación de desastres en las instalaciones de salud	SPP30/6
7. Bioética	SPP30/7
8. Población y salud reproductiva	SPP30/8
9. Programa de Publicaciones de la OPS	SPP30/9
10. Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio 2000–2001	SPP30/10
11. Otros asuntos	



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

30.^a sesión, 30 y 31 de marzo de 1998

SPP30/FR (Esp.)

Anexo B

Anexo B.: LISTA DE DOCUMENTOS

No. de documento

Título

DOCUMENTOS DE TRABAJO

SPP30/1, Rev. 1	Orden del día provisional
SPP30/2	Lista provisional de participantes
SPP30/3	Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002
SPP30/4	La cooperación técnica entre países: Panamericanismo en el siglo XXI
SPP30/5	Cambios climáticos y enfermedades infecciosas: Las implicaciones del fenómeno El Niño
SPP30/6	Mitigación de desastres en las instalaciones de salud
SPP30/7	Bioética
SPP30/8	Población y salud reproductiva
SPP30/9	Programa de Publicaciones de la OPS
SPP30/10	Anteproyecto de presupuesto por programas de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas para el ejercicio 2000–2001



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
WORLD HEALTH ORGANIZATION



**SUBCOMMITTEE ON PLANNING AND PROGRAMMING
OF THE EXECUTIVE COMMITTEE**

30th Session, 30-31 March 1998

SPP30/FR (Esp.)
Anexo C

LIST OF PARTICIPANTS
Anexo C.: LISTA DE PARTICIPANTES

**MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE
MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ**

ARGENTINA

Dr. Argentino L. Pico
Subsecretario de Políticas de Salud
y Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud y Acción Social
Buenos Aires

Dra. Miguela Pico
Asesora de Gabinete
Subsecretaría de Políticas de Salud
y Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud y Acción Social
Buenos Aires

Sr. Fabian Oddone
Secretario, Misión Argentina ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

BAHAMAS

Dr. Merceline Dahl-Regis
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Nassau

CANADA

Mr. Nick Previsich
Senior Science Advisor
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa, Ontario

MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE (cont.)
MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ (cont.)

COLOMBIA

ECUADOR

Dr. Rafael A. Veintimilla
Representante Permanente Interino del Ecuador ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dr. Andrés Montalvo
Representante Alterno del Ecuador ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

PANAMA

Dra. Enelka González de Samudio
Secretaria General
Ministerio de Salud
Panamá

PERU

Dr. Pablo Augusto Meloni
Director General
Oficina de Financiamiento, Inversiones
y Cooperación Externa
Ministerio de Salud
Lima

MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE (cont.)
MIEMBROS DEL SUBCOMITÉ (cont.)

UNITED STATES OF AMERICA
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Ms. Linda A. Vogel
Director, Office of International and Refugee Health
U.S. Public Health Service
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Ms. Mary Lou Valdez
International Health Officer (Americas)
Office of International and Refugee Health
U.S. Public Health Service
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Mr. Neil A. Boyer
Director for Health and Transportation Programs
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

OTHER MEMBER STATES
OTROS ESTADOS MIEMBROS

ANTIGUA AND BARBUDA
ANTIGUA Y BARBUDA

Hon. Samuel R. Aymer
Minister of Health and Civil Service Affairs
Ministry of Health
St. John's

Dr. Kenneth Belle
Medical Officer of Health
Ministry of Health
St. John's

BOLIVIA

Dr. Raúl Silveti
Director de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud
La Paz

CHILE

Dr. Carlos Anríquez
Jefe, Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

CUBA

Mr. Ramón Prado Rodríguez
Counsellor
Permanent Mission of Cuba to the United Nations
New York, New York

Mr. Raúl Montes García
Second Secretary
Permanent Mission of Cuba to the United Nations
New York, New York

OTHER MEMBER STATES (*cont.*)
OTROS ESTADOS MIEMBROS (*cont.*)

MEXICO

Dr. Federico Ortíz Quesada
Director General de Asuntos Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dra. Melba Muniz-Martelón
Directora de Apoyo Financiero Externo
Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Alfredo Miranda Ortíz
Consejero, Representante Alterno
Misión Permanente de México ante
la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

Secretary ex officio of the Session
Secretario ex officio de la Sesión

Sir George Alleyne
Director

Advisors to the Director
Asesores del Director

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director

Dr. Mirta Roses
Assistant Director

Dr. Diana LaVertu
Chief of Administration, a.i.

Dr. Stephen J. Corber
Director, Division of Disease Prevention and Control

Mr. Horst Otterstetter
Director, Division of Health and Environment

Dr. Juan Antonio Casas
Director, Division of Health and Human Development

Dr. José A. Solís
Director, Division of Health Promotion and Protection

Dr. Daniel López Acuna
Director, Division of Health Systems and Services Development

Dr. Ciro de Quadros
Director, Special Program on Vaccines and Immunization

Dr. Irene Klinger
Chief, Office of External Relations

PAN AMERICAN SANITARY BUREAU (cont.)
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (cont.)

Advisers to the Director (cont.)
Asesores del Director (cont.)

Technical Secretary
Secretario Técnico

Dr. Juan Manuel Sotelo
Chief, Analysis and Strategic Planning Office

Chief, Legal Office
Jefe, Oficina de Asuntos Jurídicos

Dr. Heidi Jiménez

Chief, Department of General Services
Jefe, Departamento de Servicios Generales

Dr. Richard P. Marks

Chief, Conference Services
Jefe, Servicio de Conferencias

Ms. Janice A. Barahona